Дата поступления в стационар:

Диагноз при поступлении: Себорея, вульгарные угри

Жалобы при поступлении: кожные высыпания и болезненность в области лица, спины, груди при травматизации .

Anamnesis morbi.

Считает себя больным с 2005 года, когда на фоне хорошего самочувствия начал замечать кожные высыпания, в виде узелков, на лице в области щёк. В дальнейшем процесс распространился на грудную клетку и спину. Новые высыпания возникали, как правило, на местах чистой, не пораженной кожи. В домашних условиях лечился без положительного эффекта лосьоном Клерасил .

По поводу заболевания больной обратился в Клинику кожных и венерических болезней г. Саратова, где был поставлен диагноз себорея, вульгарные угри. Содержание проводимой терапии пациент указать не смог.

Обострения заболевания возникают, как правило, в осенне-зимний период.

Данное обострение заболевания со второй половины января 2008 года, по поводу чего 8 февраля 2008 года был госпитализирован в Клинику кожных и венерических болезней.

Anamnesis vitae

Родился 3 февраля 1991 года в городе Саратове. В росте и развитии от сверстников не отставал. В школьные годы особых увлечений не имел. В спортивных кружках и секциях не занимался. По окончании 11 классов школы поступил в СГАУ им.Вавилова, где обучается в настоящее время.

На данный момент гигиенические и жилищные условия проживания хорошие, материальное обеспечение удовлетворительное. Наличие вредных привычек отрицает. Питание трехразовое, в еде особых пристрастий не имеет. В последнее время место жительства не менял. В местах лишения свободы не находился.

Наличие в течение жизни заболеваний туберкулёзом, болезнью Боткина, сахарным диабетом, гонореей, сифилисом, вирусными гепатитами В и С, ВИЧ-инфекцию отрицает. Около одного раза в два месяца болеет ОРЗ.

В возрасте 16 лет - аппендектомия. Гемотрансфузиям не подвергался. Травм, ранений, контузий не имел.

Наследственность не отягощена. Половое развитие своевременное, соответствует норме и возрасту. Не женат.

Наличие аллергических реакций на медикаменты, продукты питания, парфюмерные средства и средства бытовой химии больной отрицает.

Status praesens universalis.

Общее состояние больного удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое.

Рост 180см

Вес 82 кг

Кожные покровы нормальной окраски, кожа сухая, теплая. Имеется сыпь на коже лица, спины, груди . Тургор кожи сохранён. Слизистые губ и век розового цвета, чистые, влажные, кровоизлияния, изъязвления, корочки и высыпания отсутствуют. Склеры белые. Мужской тип оволосения. Волосы каштановые, густые, жёсткие,блестящие. Кожа волосистой части головы чистая. Пальцы и ногти рук и ног слегка цианотичны, форма не изменена. Ломкости ногтей нет. Поверхность ногтей без исчерченности. Состояние ногтевого ложа удовлетворительное. Лимфатические узлы не пальпируются. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Толщина кожной складки на животе- 2.0 см. Питание удовлетворительное. Отеков нет. Мышечная система развита удовлетворительно, мышцы безболезненны, тонус нормальный. Кости не деформированы. При пальпации и перкуссии безболезненные. Ход позвоночника правильный.

СИСТЕМА КРОВООБРАЩЕНИЯ:

Осмотр сосудов шеи: пульсации сонных артерий, яремных вен, аорты в яремной ямке, венного пульса нет. Надчревной пульсации нет.

При осмотре: область сердца без видимых изменений, сердечный горб, верхушечный толчок, пульсация аорты и легочного ствола визуально не определяются.

Пальпация области сердца: верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Верхушечный толчок разлитой. Сердечный толчок не определяется. Симптом “ кошачьего мурлыканья” на верхушке не определяется. Симптом “систолического дрожания” на аорте отсутствует. Пульсация аорты и легочного ствола во II межреберье у правого и левого краев грудины пальпаторно не определяется.

Перкуссия сердца:

Границы относительной тупости сердца:

правая - IV межреберье на 1 см от правого края грудины

верхняя - III межреберье по левой парастернальной линии

левая - V ребро на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии

поперечник относительной тупости сердца - 13 см

поперечник сосудистого пучка на уровне II межреберья - 5 см

Конфигурация сердца- аортальная

Границы абсолютной тупости сердца:

правая - IV межреберье по левому краю грудины

верхняя - IV ребро по парастернальной линии

левая - V ребро на 1,5 см кнутри от найденной границы относительной тупости сердца.

Аускультация сердца:

Ритм правильный - синусовый

Тоны сердца ясные, ритмичные.

Интенсивность тонов:

І тон: 1-я точка ослаблен

4-я точка ослаблен

ІІ тон: 2-я точка ослаблен, акцент 1-го тона

3-я точка ослаблен

Шумов нет.

Осмотр и пальпация периферических сосудов:

пальпация височных артерий и артерий нижних конечностей сохранена. “Симптом червя” отсутствует. Пульс на лучевой артерии синхронный на обеих руках, ритмичный , 65 в минуту. Напряжение и наполнение удовлетворительное, величина средняя, по форме скорый, по высоте низкий.

При аускультации сонных, бедренных, плечевых, аорты в яремной ямке, брюшной аорты шумы не выслушиваются.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Артериальное давление | на правой руке | на левой руке |
| систолическое | 120 мм рт ст | 120мм рт ст |
| диастолическое | 80 мм рт ст | 80 мм рт ст |
| пульсовое | 40мм рт ст | 40 мм рт ст |

СИСТЕМА ДЫХАНИЯ:

При осмотре грудная клетка нормостеническая, конусовидная. Обе половины симметричны. Симметричное расположение ключиц. Над- и подключичные ямки умеренно выражены.

Угол Людовика не выражен.

Вдавление в грудине отсутствует.

Эпигастральный угол около 900.

Направление ребер косо вниз. Межреберные промежутки не расширены. Грудная клетка не деформирована. Обе ее половины синхронно участвуют в акте дыхания.

Характеристика дыхания:

Дыхание бесшумное, без участия вспомогательной мускулатуры. Дыхание через нос свободное, выделений через нос нет. Тип дыхания брюшной. Дыхание ритмичное, средней глубины. Частота дыхания-20 в минуту. Пальпация грудной клетки:

Грудная клетка безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание ощущается с одинаковой силой над симметричными участками грудной клетки. Ощущения трения плевры нет.

Перкуссия легких:

Сравнительная перкуссия: над всеми полями определяется ясный легочный звук. Разницы перкуторного звука не выявлено.

Топографическая перкуссия: верхние границы легких: высота стояния верхушек спереди над ключицами-справа-4см, слева-4см; сзади - на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Поля Кренига: справа-6 см, слева -6см

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижние границы легких: | справа | слева |
| окологрудинная | V межреберье | - |
| срединно-ключичная | VIІ ребро | - |
| передняя подмышечная | VIIІ ребро | VII ребро |
| средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| лопаточная | X ребро | X ребро |
| околопозвоночная | XI остистый отросток грудного позвонка | XI остистый отросток грудного позвонка |

Подвижности нижнего края легкого:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | справа | | | слева | | |
| вдох | выдох | сум-но | вдох | выдох | сум-но |
| Срединно-ключичная | 2 см | 1см | 3см | - | - | - |
| Средняя подмышечная | 4 см | 2 см | 6 см | 4 см | 3 см | 7 см |
| Лопаточная | 3 см | 2 см | 5 см | 3 см | 2 см | 5 см |

Аускультация легких: над всеми полями выслушивается нормальное везикулярное дыхание. Над гортанью, трахеей, в месте бифуркации трахеи, над рукояткой грудины, в межлопаточном пространстве 3,4 грудных позвонков выслушивается бронхиальное дыхание. Хрипов, крепитации, шума трения плевры нет. Бронхофония одинаковая над симметричными участками.

СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ:

Губы: розового цвета, чистые влажные, без высыпаний и трещин.

Рот: запаха изо рта нет, слизистые розового цвета, без кровоизлияний. Язык влажный, обложен белым налетом, сосочки умеренно выражены, трещин нет. Зубы без кариеса. Десны розовые, чистые, без язв и налета.

Живот.

При осмотре: живот округлый, симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания. Западений и выпячиваний нет. Видимой перестальтики, расширения вен живота нет.

При перкуссии передней брюшной стенки определяется тимпанический звук. Напряжения стенки живота, болезненности и флюктуации при пальпации нет.

Симптом Менделя отрицательный. Симптом Щеткина-Блюмбергера отрицательный.

При глубокой, методической, скользящей пальпации по методу Образцова-Стражеско в левой подвздошной области определяется сигмовидная кишка: плотная, безболезненная, малоподвижная. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка: плотная, малоподвижная, безболезненная.

На уровне пупка пальпируется поперечно-ободочная кишка: мягкой консистенции, безболезненная, подвижная, гладкая. Привратник не пальпируется.

При аускультации кишечная перистальтика обычная, шум трения брюшины не выслушивается. Стул регулярный,оформленный 1 раз в день. Акт дефикации безболезненный.

Печень и желчный пузырь:

При осмотре: видимого увеличения печени и желчного пузыря не определяется. Пульсации печени нет.

При перкуссии верхняя граница абсолютной печеночной тупости-VIІ ребро по правой срединно-ключичной линии. Нижняя граница печени на 1 см ниже реберной дуги по правой срединно-ключичной линии.

По Курлову размеры печени: по правой срединно-ключичной линии-12 см, по передней срединной линии-9 см, по левой реберной дуге-8 см. Симптомы Ортнера и Василенко отрицательные.

При пальпации печень не увеличена.

Селезенка:

Область селезенки без видимых изменений.

При пальпации не определяется.

Органы мочевыделения.

При осмотре поясничная область без изменений.

Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание 3-4 раза в сутки. Дневной диурез преобладает над ночным.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА:

Больной контактный, эмоционально устойчив. Правильно ориентирован в месте, во времени и в собственной личности. Память снижена. Физиологические рефлексы сохранены. Со стороны слуха, зрения, обоняния, осязания нарушений не обнаружено.

Status localis

Поражение кожи носит очагово- диссеминированный характер, локализуется на лице, спине, груди. Представлено плоскими эпидермально-дермальными папулами и пустулами красно-бурого цвета округлой формы с нечеткими границами диаметром от 0,5 до 1,0 см, склонными к слиянию в бляшки диаметром до 8 см бурого цвета, без чешуек на поверхности.

Предварительный диагноз: Себорея, вульгарные угри .

Предварительный диагноз поставлен на основании:

- жалоб больного на кожные высыпания, болезненность;

- данных анамнеза - возникновение поражений на местах чистой, не поражённой кожи

- данных клинического осмотра – наличия поражения очагово-диссеминированного характера, локализующегося преимущественно на лице, туловище в области спины и груди. Представлено плоскими эпидермально-дермальными папулами и пустулами красно-бурого цвета округлой формы с нечеткими границами диаметром от 0,5 до 1,0 см, склонными к слиянию в бляшки диаметром до 8 см бурого цвета, без чешуек на поверхности

Дифференциальная диагностика

С саркоидозом кожи: который проявляется высыпанием многочисленных, симметрично расположенных мелких, величиной с чечевицу, узелков розовато-красноватого цвета с гладкой поверхностью, диаметром 2-7мм, локализующихся на коже лица, верхней части туловища (симптом пелерины).

С розацея: течение заболевания хроническое; высыпания локализуются на коже лица и располагаются преимущественно в центральной его части. Появляется эритема, а затем формируются телеангиэктазии в области щёк и крыльев носа. Может быть небольшое шелушение. В дальнейшем появляются многочисленные полушаровидные ярко-красные милиарные папулы, склонные сливаться в бляшки. Кожа становится бугристой, синюшно-багрового цвета. Субъективные ощущения описываются как жжение, зуд, парестезии.

С периоральным дерматитом: характерно быстрое развитие. Высыпания локализуются только на коже лица, симметричные, распространяются на всю периоральную область, нередко поднимаясь до крыльев носа. Типичным является наличие участка видимо непоражённой кожи шириной 3-5мм вокруг красной каймы губ. Высыпания полиморфны, представлены нефолликулярными несливающимися, полусферическими, розово-красного цвета папулами диаметром 1-2мм, а так же пустулами и папуло-пустулами. Папулы покрыты беловатыми чешуйками. Субъективные ощущения обычно отсутствуют или представлены слабовыраженным зудом,чувством стягивания и покалывания кожи.

Данные лабораторно-инструментальных методов исследования

Общий анализ крови:

эритроциты 4,51 × 1012/л

гемоглобин 130 г/л

лейкоциты 7,2 × 109 /л

палочкоядерные 2

сегментоядерные 68

лимфоциты 22

моноциты 4

СОЭ 13 мм/ч

Исследование крови на Lues

РМП: отр

Титр

ИФА

Igv(G+M) : отр

Общий анализ мочи:

Цвет: светло-желтый

Прозрачность: прозрачная

Реакция: слабо-кислая

Удельный вес: 1015

Сахар: отр

Белок: отр

Эпителий: ед

Лейкоциты: ед

Исследование крови на С-реактивный белок:

Отрицательно

Исследование кала на наличие я/г:

Не найдены

Окончательный диагноз: Себорея, вульгарные угри.

Окончательный диагноз поставлен на основании:

- жалоб больной на кожные высыпания, болезненность;

- данных анамнеза - возникновение поражений на местах чистой, не поражённой кожи

- данных клинического осмотра – наличия поражения очагово-диссеминированного характера, локализующегося, преимущественно на лице, туловище в области спины и груди. Представлено плоскими эпидермально-дермальными папулами и пустулами красно-бурого цвета округлой формы с нечеткими границами диаметром от 0,5 до 1,0 см, склонными к слиянию в бляшки диаметром до 8 см бурого цвета, без чешуек на поверхности.

Лечение

Режим больного - общий.

Медикаментозная терапия носит патогенетический и симптоматический характер, поскольку вопрос об этиологии заболевания окончательно не решен.

Себорея: лечение сводится к рациональному уходу за кожей, а именно: умывание утром и вечером горячей водой с мылом, ополаскивания холодной водой. Протирание кожи в течение дня 1-2% салициловым спиртом.

Салициловая кислота. Обладает кератолитическим действием. В малых концентрациях вызывает отшелушивание рогового слоя, в больших - мацерацию.

Rp.: Acidi salicylici 2.0

Sulfuris praecipitati 2.0

Lanolini ad 100.0

M.f. unguentum.

D.S. Наружное (2%-серносалициловая мазь).

Угри: тяжелая форма: проводится антибиотикотерапия (тетрациклин по 0.2 3-4 раза в день).

Иммунотерапия (стафилококковая аутовакцина, стафилококковый анатоксин).

Витаминотерапия (витамины группы A и B, пангексавит и другие).

Ультрафиалетовое облучение, горячий душ, электрокоагуляция.

Перхоть: 2% серно-салициловым спиртом, сульсеновым мылом или пастой, а так же шампунь «Себорин».